ITEM 271 : VOMISSEMENTS

- **Vomissement** = mécanisme **actif** de contractions cycliques violentes de la musculature abdominale, du diaphragme et des muscles respiratoires → rejet brutal par la bouche du contenu de l'estomac. **Provoqués ou spontanés.**
- **Nausée** = sensation subjective désagréable non douloureuse provenant du tractus digestif haut, associé au besoin de vomir ou à la sensation que les vomissements sont imminents
- **Signes d'accompagnement** : - Sympathiques : **tachycardie**, **sueurs froides**, **vasoconstriction cutanée** avec **pâleur**, **mydriase**
  - Parasympathiques : **hypersalivation**

DD

- **Régurgitation** : remontée passive du contenu gastrique ou oesophagien dans la bouche, sans effort de vomissement
- **Mérycisme** ou **rumination** : remontée **volontaire** dans la bouche d'aliments récemment ingérés qui sont ensuite de nouveau déglutis après mastication

Physiopatho

- Centre : **substance réticulée du tronc cérébral** qui coordonne les phénomènes moteurs (efférences motrices)
- Afférences : - **Zone chémoréceptrice du plancher du 4ème ventricule** = *area postrema* : sensible aux stimuli chimiques
  - **Cortex cérébrale** (pensée, odeur, émotion)
  - **Appareil vestibulaire**
  - **Nerfs vague** et **sympathiques** du **tube digestif** et du **pharynx**

Complications

Troubles hydro-électrolytiques	- **Hypochlorémie** - **Hypokaliémie** - **Alcalose métabolique** - **Déshydratation puis insuffisance rénale aiguë fonctionnelle**
Syndrome de Mallory-Weiss	= **Déchirure longitudinale de la muqueuse du cardia** : hématémèse à la suite de vomissements non sanglants ou d'efforts de vomissements répétés - Correction spontanée dans la majorité des cas (90%) - **Endoscopie** systématique : diagnostique ± d'hémostase
Syndrome de Boerhaave	**= Rupture de la paroi de l'œsophage** : exceptionnel, très grave → urgence chirurgicale - **Douleur thoracique violente** avec **dyspnée**, **emphysème sous-cutané** et **odynophagie** - **TDM** : pneumo-médiastin, emphysème sous-cutané, épanchement pleural, fuite oesophagienne de produit de contraste hydrosoluble
Syndrome de Mendelssohn	**= Inhalation bronchique avec pneumopathie :** surtout en cas de trouble de conscience ou neuro
Autres	- **Oesophagite** - Complication mécanique : **hémorragie sous-conjonctivale** (non grave), **fracture de côte** - **Interruption des traitements oraux** (non pris ou évacués) - **Encéphalopathie de Gayet Wernicke** : vomissements répétés → dénutrition → carence en B1

Démarche diagnostique

Situations fréquentes

Matinaux, à jeun de liquide un peu glaireux (pituite) avec haut-le-cœur	- **Alcoolisme, médicament, tabac** - **Grossesse**
Matinaux, en jet, sans nausée ni haut le cœur	- **Hypertension intra-crânienne**
Post-prandiaux tardifs répétés Aliments nauséabonds partiellement digérés	- **Obstruction chronique gastro-duodénale** (organique ou fonctionnelle)
Fécaloïdes	- **Obstruction basse** (rare) - **Fistule gastro-colique** (exceptionnelle)
Per-prandiaux ou immédiatement après le repas	- **Cause psychogène** (diagnostic d'élimination)
Alimentaires en fin de journée précédés de l'apparition progressive de nausées	- **Syndrome obstructif** (obstacle organique incomplet)

C

→ Evoquer systématiquement : **grossesse**, **surdosage/intolérance** à un **médicament** (digitaline, théophylline, opiacé…) ou **toxique**, métabolique (**insuffisance rénale ou surrénalienne**), **hypertension intracrânienne**
- Examen clinique : signes de déshydratation, dénutrition ou autres complication

PC

Examens complémentaires non systématiques :
- **Si déshydratation, perte de poids, AEG, vomissements chroniques, terrain à risque (personne âgée, diabète, insuffisance cardiaque ou rénale)** : ionogrammes sanguin et urinaire, NFS, urée, créatinine
- **Si vomissements chroniques** : idem, albumine et pré-albumine, et EOGD, voire si normale scintigraphie de vidange gastrique/TDM avec opacification digestive haute/IRM cérébrale

Vomissements aigus < 7 jours

Cause abdomino-pelvienne

- **Gastro-entérite** ou **toxi-infection alimentaire**
- **Hépatite aiguë**
- **Douleur biliaire : colique hépatique, cholécystite aiguë**
- **Pancréatite aiguë**
- **Syndrome occlusif**
- **Péritonite**
- **Infarctus mésentérique**
- **Sténose du pylore** (sur ulcère)
- Réactionnel **: colique néphrétique, torsion de kyste…**

Cause métabolique

- **Acidocétose diabétique**
- **Insuffisance rénale aiguë**
- **Hypercalcémie**
- **Hypoglycémie**
- **Insuffisance surrénalienne aiguë**
- **Hyponatrémie**
- **Hyperthyroïdie**

Cause médicamenteuse ou toxique

- **Antimitotique ++**
- **Antibiotique** : **érythromycine**, **aminoside**…
- **Colchicine**
- **Dérivé de l'ergot de seigle**
- **Dérivés de la théophylline ++**
- **Quinine**
- **Radiothérapie**
- Toxique : **alcool, nicotine**
- Encre
- **Digitaliques ++**
- **Salicylés**
- **Lévodopa**
- **Opiacés**
- Cannabis
- Sevrage : héroïne
- Solvants
- Peintures

Cause neurologique

- **Maladie vestibulaire** (vertige)
- **Migraine**
- **Traumatisme crânien** : évoquer une **contusion cérébrale** ou un **hématome extra-dural** ou **sous-dural**
- **Méningite**
- **Hypertension intracrânienne**
- **Hémorragie méningée** ou **cérébro-méningée**

Autres causes

- **Grossesse** et **GEU ++**
- **Post-opératoire**
- **Malaise vagal**
- **Mal des transports**
- **Vomissements psychogènes**

Pièges diagnostiques

- **Glaucome aigu**
- **Infarctus du myocarde inférieur**

Vomissements chroniques > 7 jours

		Tractus digestif supérieur	Intestin/colon
Cause digestive	Obstruction mécanique	- **Cancer gastrique** ou **duodénal** - **Cancer du pancréas** - **Sténose du pylore** (sur ulcère) - **Pseudokyste pancréatique**	- Tumorale : **cancer colorectal, carcinose péritonéale** - Non tumorale : **maladie de Crohn, radique, AINS, adhérence/bride…**
	Obstruction fonctionnelle	- **Gastroparésie** : diabète, sclérodermie, amylose… - **Post-chirurgie gastrique** - **Vagotomie**	- **POIC** - **Neuropathie végétative** : sclérodermie, diabète, amylose
Autres	- Psychogène : **anorexie mentale, boulimie, vomissements psychogènes** - Neurologique : **HTIC** (tumorale ou non), **épilepsie** - **Médicaments/toxiques** - **Grossesse** : évoquer un *hyperemesis gravidarum* ou une môle hydatiforme si prolongés		

TTT

Critères d'hospitalisation

- **Urgence** (médicale, obstétricale ou chirurgicale)
- **Troubles hydro-électrolytiques** (déshydratation) nécessitant une correction parentérale
- **Troubles de conscience**
- **Impossibilité de réhydratation par voie orale** ou **de prise d'un traitement indispensable**
- **Décompensation d'une affection associée**
- **Complication des vomissements**

TTT symptomatique

- **Réhydratation per os** ou **IV** avec correction d'éventuel trouble hydro-électrolytique
- **Sonde gastrique d'aspiration** si risque d'inhalation : **urgence chirurgicale (occlusion)**

Anti-émétique → Seulement si les vomissements ne peuvent être supprimés par le traitement de la cause

Métoclopramide	= **Neuroleptique benzamide anti-5HT3**, à **effet anti-dopaminergique** et **cholinergique** central et périphérique : voie oral, IV ou IM - **EI** (10-20%) : surtout à forte dose ou traitement prolongé : **sédatif**, **hyperprolactinémie** (gynécomastie, galactorrhée, aménorrhée), **syndrome extrapyramidal** (dystonie/dyskinésie aiguë ou tardive) - **CI** : ATCD de dyskinésie tardive aux neuroleptiques, phéochromocytome, consommation d'alcool, association à la lévodopa, hépatopathie
Dompéridone	= **Neuroleptique butyrophénone**, à faible passage hémato-encéphalique (EI moins fréquent, hyperprolactinémie possible): voie **orale** ou **sublinguale**
Métopimazine	= **Neuroleptique phénothiazine, anti-dopaminergique électif** à très faible passage hémato-encéphalique : voie orale, sublinguale, IV ou IM

<table>
<tr><td rowspan="3">Chimiothérapie</td><td colspan="2">= 3 types de vomissements induits par chimiothérapie : aigu (< 24h), retardé (> 24h) et anticipé (avant la cure)
- FdR : - Mode d'administration : bolus > perfusion continue
- Anxiété
- Sexe féminin, âge jeune
- Vomissements lors de chimiothérapies antérieures</td></tr>
<tr><td>Potentiel émétisant</td><td>= Selon le produit et la dose :
- Fort risque (> 90%) : cisplatine, cyclophosphamide à forte dose
- Risque moyen (30-90%) : oxaliplatine, carboplatine, cyclophosphamide à faible dose, adriamycine
- Risque faible (10-30%) : 5-FU, méthorexate, taxane, mitomycine
- Risque minime (< 10%) : bléomycine, bévacizumab, vinblastine, gemcitabine</td></tr>
<tr><td>Traitement et prévention</td><td>- Anti-5HT3 = granisétron, ondansétron, tropisétron, dolasétron → EI fréquents : céphalées, constipation, bouffées de chaleur
- Aprépitant : antagoniste sélectif des récepteurs de la substance P neurokinine 1 (NK1) → EI fréquents : fatigue, constipation, cytolyse hépatique
- Corticostéroïdes
- Métoclopramide
- Alizapride</td></tr>
<tr><td>Grossesse</td><td colspan="2">- Au 1er trimestre : - Vomissements fréquents (50%), physiologiques si aucun retentissement
- Hyperhemesis gravidarum : vomissements avec déshydratation, pertes ioniques et dénutrition, cytolyse hépatique et/ou cholestase parfois ictérique
- Môle hydatiforme : exacerbation des signes sympathiques de grossesse (dont vomissements)
- Au 3ème trimestre : cause non liée à la grossesse, stéatose aiguë gravidique ou pré-éclampsie → urgence</td></tr>
</table>